

ЛЕЧЕНИЕ ЮНОШЕСКОГО ЭПИФИЗЕОЛИЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

*Питкевич А. Э., Лопатнев В. Е., Шмаков А. П., Зув Н. Н.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Юношеский эпифизеоллиз головки бедренной кости (ЮЭГБК) – приобретенное дегенеративно-дистрофическое заболевание проксимального отдела бедренной кости. Характеризуется длительным течением, выраженными нарушениями походки и болевым синдромом. Патология составляет до 16% всех варусных деформаций проксимального отдела бедренной кости и считается одной из наиболее тяжелых в ортопедии.

Уже в подростковом возрасте у 13% этих больных отмечается коксартроз. Основная причина приводящая к ЮЭГБК – это расстройство эндокринной регуляции – нарушение секреций половых, дисбаланс гонадотропных и соматотропных гормонов.

Основными задачами в процессе лечения ЮЭГБК являются сохранение или восстановление центрации эпифиза головки бедра в вертлужной впадине

закрытие дистрофической зоны роста, профилактика аваскулярного некроза головки бедра и ее хондролиза.

Цель. Оценить преимущества и изучить отдалённые результаты лечения юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости методом закрытой ручной репозиции эпифиза головки бедра с фиксацией эпифиза спицами или аллоштифом.

Материалы и методы. В травматолого-ортопедическом отделении УЗ «Витебская детская областная клиническая больница» с 2003г. на лечение находились 13 детей в возрасте от 10 до 15 лет. Подавляющему числу пациентов было 13 – 14 лет, что составило 70%. Мальчиков – 12, девочек – 1. У 3 детей процесс был левосторонним, справа у 10. К моменту госпитализации в специализированный стационар срок от начала заболевания составлял от 2 недель до 13 месяцев. Необходимо отметить, что у 5 из 13 детей педиатром либо ортопедом (хирургом) поликлиники проводилось консервативное лечение в течении недели – 3-х месяцев, которое заключалось в применении физиотерапии и массажа.

По течению острый эпифизеолиз был у одного ребенка, хронический у 12. Жалобы на боль в области тазобедренного сустава на стороне поражения отмечены у 8 (61,5%), в бедре у 4 (30,7%), в бедре и коленном суставе у 1 ребенка. Всех детей беспокоила хромота.

Больные обследовались с применением клинических и рентгенологического методов исследования. При объективном осмотре болезненность при пальпации в области пораженного сустава отмечена у 5 (38,5%). Укорочение конечности на 2 и 1 см выявлено у 2 подростков. Болезненная осевая нагрузка определялась у 11 (84,6%) пациентов. У всех больных выявлено ограничение движения в тазобедренном суставе. Рентгенологически смещение эпифиза кзади выявлено: первой степени – 7 (53,8%), второй степени – 3 (23,1%), третьей степени – 3 (23,1%) пациента.

Все 13 детей оперированы, при смещении эпифиза 2-3 степени (6 детей) производилась закрытая ручная репозиция эпифиза головки бедра на столе Хоули: ротационные движения бедра внутрь при сгибании в тазобедренном суставе под углом 90°. После рентгенологического подтверждения уменьшения смещения эпифиза до 1 степени производилась фиксация эпифиза пучком спиц - 8 детей, либо эпифизеодез аллоштифом - 5 подростков. После операции на конечность накладывали деротационный гипсовый сапог до верхней трети голени. С 3 дня назначали ЛФК для коленного сустава. Через 1 месяц снимали гипс, больные начинали ходить с помощью костылей без нагрузки на больную ногу и направлялись на амбулаторное лечение. Через 8-12 месяцев, после рентгенологического подтверждения синостозирования эпифиза головки бедра, разрешали дозированную нагрузку на ногу.

Результаты и обсуждение. Применение данной методики оперативного лечения ЮЭГБК позволяет достигнуть репозиции эпифиза головки бедра до положения 1 степени смещения и полное синостозирование у всех оперированных подростков. Время наблюдение составило 1-3 года. Результаты лечения у всех больных хорошие. Отсутствуют жалобы, правильная установка конечности, нормальная походка, сгибание в тазобедренном суставе свыше 90°.

Выводы.

1. Интродооперационная закрытая репозиция эпифиза головки бедра с фиксацией эпифиза может применяться при любой степени смещения эпифиза и дает хорошие результаты.

2. Позволяет сократить время пребывания больного в стационаре и дает возможность проводить раннюю нагрузку конечности.

Литература:

1. Заболевания тазобедренного сустава у детей. Диагностика и хирургическое лечение / Ахтямов И.Ф., и др. -- Казань: Центр оперативной печати, 2008. 456с.

2. Руцкий, А.В. Пути улучшения результатов лечения больных со спонтанным эпифизеолизом головки бедренной кости / А.В. Руцкий, В.А. Ярмалович, В.Я. Качанов // 8 съезд травматологов-ортопедов РБ «Развитие травматологии и ортопедии в РБ на современном этапе» Материалы съезда, Минск, 16-18 октября 2008г; редкол.: А.В. Белецкий и др. – Минск-2008 - С. 150 – 151.

3. Опыт лечения юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости / Майоров, и др //Вестник травматологии и ортопедии им. Приорова . – 2007. - №4. - С. 24 – 29